



## Clínica cotidiana

# Valoración de la disnea como síntoma urgente en atención primaria

María Jesús Fernández-Lerones<sup>a</sup>, Milagros Landaluze-Fuentes<sup>b</sup>, Eduardo Mora-Sáez<sup>c</sup>,  
 Aída de la Fuente-Rodríguez<sup>d</sup>, María Luisa Rodríguez-Juanes<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Suances. <sup>b</sup>Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Altamira. <sup>c</sup>Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Campoo. <sup>d</sup>Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Liébana. Cantabria.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 20 de marzo de 2017

Aceptado el 30 de marzo de 2017

On-line el 6 de julio de 2018

#### Palabras clave:

Disnea

Urgencias

Atención primaria

### R E S U M E N

En los servicios de urgencias debemos discernir entre el paciente con disnea aguda, y la agudización de una disnea crónica.

La disnea aguda es una situación potencialmente grave; de ahí la importancia de un diagnóstico precoz y de la valoración de criterios de gravedad asociados, a fin de instaurar tratamiento inmediato si así lo requiere.

En atención primaria (AP), donde las pruebas complementarias son limitadas, es importante considerar siempre la sospecha clínica de tromboembolia pulmonar dentro de las causas de disnea aguda, ya que esta es una patología frecuente con alta morbimortalidad, pero difícil de diagnosticar por la variabilidad de su clínica, silente e inespecífica.

A través de un caso clínico se pretende destacar la relevancia de la presunción de esta patología, incluso en ausencia de factores de riesgo relevantes, como método de diagnóstico de esta enfermedad desde las consultas de AP.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Evaluation of dyspnea as urgent symptom in primary care

#### A B S T R A C T

In the emergency services, we should distinguish between the patient with acute dyspnea and exacerbation of a chronic dyspnea.

Acute dyspnea is a potentially serious condition. Thus, it is important to make an early diagnosis and evaluation of the associated severity criteria in order to initiate treatment immediately if required.

In primary care (PC), in which the complementary tests are limited, it is important to always consider clinical suspicion of pulmonary thromboembolism within the causes of

#### Keywords

Dyspnea

Emergencies

Primary care

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernandezlerones@msn.com (M.J. Fernández Lerones).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.028>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

acute dyspnea since this is a frequent condition with high morbidity-mortality. However it is difficult to diagnose due to the variability of its silent and non-specific symptoms.

By means of a clinical case, it is aimed to stress the importance of the presumption of this condition, even in the absence of relevant risk factors, as a method of diagnosing this disease from the Primary Care Consultations.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A

Varón de 41 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) (coincidiendo con el pico de epidemia gripal y descompensaciones respiratorias secundarias) por un cuadro de catarro de vías altas de varios días de evolución, que no ha precisado encamamiento y le ha permitido mantener la actividad habitual.

Desde hace 24 horas refiere aumento de disnea, motivo principal por el cual acude; tiene escasa tos sin expectoración y está afebril.

Entre sus antecedentes personales destaca obesidad, diabetes mellitus tipo 2, síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (tratamiento habitual con Presión Positiva Continua en la Vía Aérea nocturna) y dapagliflozina y metformina hidrocloreuro.

Durante la anamnesis reconoce la existencia de un dolor centrotorácico, no continuo, de características opresivas, no irradiado, de reciente aparición y al que no había dado demasiada importancia.

En la exploración física se observa buen estado general, consciente, orientado, bien perfundido, normohidratado, eupneico en reposo; auscultación cardiaca: rítmico, frecuencia cardíaca 80 latidos/minuto; auscultación pulmonar normal; no edemas en las extremidades inferiores; abdomen normal; saturación de oxígeno 90 %.

Electrocardiograma: ritmo sinusal, 95 latidos/minuto, QRS estrecho sin alteraciones en la repolarización.

De acuerdo con el abordaje de la disnea aguda, desde el SUAP se decide enviar al paciente al servicio hospitalario al encontrar una disnea sin claro diagnóstico etiológico.

En urgencias del hospital se solicita analítica para completar el estudio. Se observa elevación de la troponina I de alta sensibilidad (= 119,3) y Dímero D cuantificado (= 6935.00 ng/ml).

Se solicitó angioTAC, que confirma el diagnóstico de tromboembolia pulmonar (TEP) bilateral con repercusión hemodinámica en el ventrículo derecho.

## Comentario

La disnea se define como una sensación subjetiva de “falta de aire” o “sensación de dificultad para respirar”. Según el tiempo de evolución se puede distinguir entre disnea aguda (horas, días) y crónica (semanas, meses).

Es el síntoma cardinal de enfermedades que afectan al sistema cardiorrespiratorio; aproximadamente en dos tercios de los pacientes que la presentan se debe a etiología pulmonar o cardíaca. Sin embargo, es un síntoma que se puede asociar con una gran variedad de trastornos: cardíacos, pulmonares,

**Tabla 1 – Causas más frecuentes de disnea.**

<b>Obstrucción de vía aérea</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuerpo extraño, angioedema, estenosis traqueal, ...</li> </ul>
<b>Patología pulmonar o pleural</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPOC, asma (crisis aguda, estatus asmático)</li> <li>• Infección de vías respiratorias</li> <li>• Neumotórax</li> <li>• Traumatismo torácico (neumo/hemotórax, tórax inestable)</li> <li>• Derrame pleural, atelectasias, deformidad de la caja torácica, ...</li> </ul>
<b>Patología cardiovascular</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiencia cardíaca secundaria a cardiopatía, valvulopatía, ...</li> <li>• Arritmias cardíacas</li> <li>• Pericarditis y taponamiento cardíaco</li> <li>• Enfermedad trombo embólica</li> </ul>
<b>Otras causas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurosis de ansiedad</li> <li>• Alteraciones metabólicas</li> <li>• Shock</li> <li>• Intoxicación por CO</li> <li>• Anemia</li> </ul>

de la pared torácica, de los músculos respiratorios, secundaria a factores psicosociales (ansiedad)...<sup>1</sup> (Tabla 1).

Aunque en la mayoría de los casos la historia clínica y el examen físico ya nos permite orientar hacia el origen de la disnea, a veces no es tan sencillo determinar si es cardíaca, pulmonar o debida a otros motivos.

Debemos considerar, además, otros síntomas y signos concomitantes que nos puedan ayudar en el posible diagnóstico etiológico: dolor torácico (cardiopatía isquémica, TEP, neumotórax y derrame pleural); fiebre (neumonías); expectoración (purulenta en los procesos infecciosos, sonrosada en la insuficiencia cardíaca y hemática en las neoplasias pulmonares o tuberculosis) ...

En urgencias tanto la disnea aguda como la agudización de la disnea crónica son las formas de presentación más frecuentes. La disnea aguda es siempre una situación potencialmente grave y, por tanto, es importante hacer un diagnóstico precoz para instaurar tratamiento urgente e inmediato si se requiere.

Dada la limitación de pruebas complementarias disponibles en urgencias extrahospitalarias, lo esencial es hacer una primera valoración encaminada a determinar si se trata de un paciente con fallo respiratorio agudo asociado a criterios de gravedad. En este caso, es prioritario asegurar la permeabili-

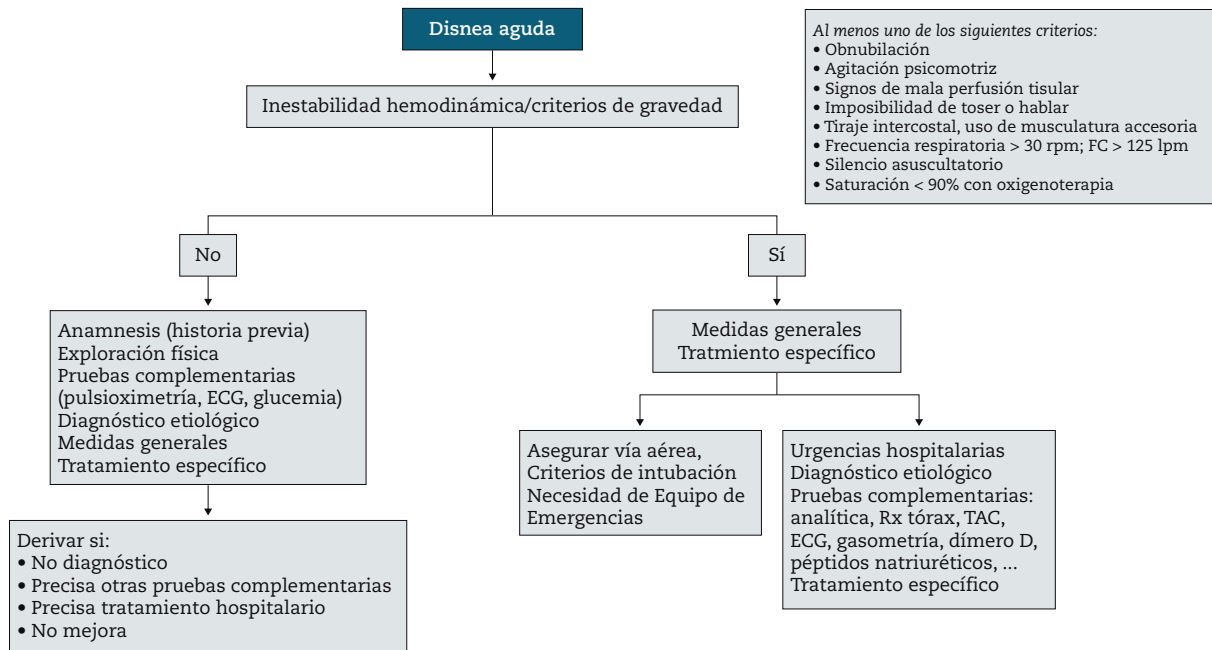


Figura 1 – Manejo extrahospitalario del paciente con disnea aguda.

dad de la vía aérea y garantizar una adecuada oxigenación<sup>2</sup> (Fig. 1).

Si la disnea debuta sin criterios de gravedad, podemos realizar una historia clínica más detallada con intención de hacer un diagnóstico diferencial que nos ayude a adoptar una actitud terapéutica más concreta y a determinar el destino del paciente<sup>3</sup>:

#### Anamnesis

- Intensidad de la disnea mediante uso de escalas (*Medical Research Council*, diagrama de coste de oxígeno, índice de disnea basal de Mahler, cuestionario respiratorio corto de San Diego, *New York Heart Association*, escala de Borg modificada)<sup>4</sup>.
- Ortopnea y disnea paroxística nocturna.
- Bradipnea.
- Dolor torácico.
- Fiebre, tos.
- Expectorcación: purulenta (proceso infeccioso), sonrosada (insuficiencia cardíaca), hemática (TEP, tumores y tuberculosis).
- Trastornos neuropsíquicos: cefalea, ansiedad, disminución del nivel de conciencia.
- Oliguria y edemas.

#### Exploración física

- Constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura.
- Estado general.
- Nivel de conciencia.
- Signos cutáneos: palidez, cianosis central y periférica, frialdad, sudoración.
- Cabeza y cuello: ingurgitación yugular, enfisema subcutáneo.

- Tórax: uso de musculatura accesoria, tiraje intercostal, descoordinación tóraco-abdominal, espiración larga y ruidosa.
- Auscultación pulmonar: disminución o abolición del murmullo vesicular, sibilancias de predominio inspiratorio o espiratorio, estertores crepitantes.
- Auscultación cardíaca: ritmo, frecuencia cardíaca, soplos, roces y extratonos.
- Abdomen: buscar la presencia de puntos dolorosos, defensa o distensión abdominal.
- Extremidades: valorar la presencia de pulsos periféricos.

#### Exploraciones complementarias

- Pulsioximetría.
- ECG de 12 derivaciones.
- Glucemia mediante tira reactiva.
- Gasometría arterial.
- Radiografías de tórax (pósterio-anterior y lateral).
- Hematimetría, fórmula y recuento leucocitario, coagulación.
- Dímero D si hay sospecha de TEP.
- Péptidos natriuréticos (BNP y NT-pro- BNP): aumentan en la insuficiencia cardíaca y pueden ser de gran utilidad en el diagnóstico diferencial de la disnea aguda (de causa cardíaca o pulmonar).
- Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, sodio y CPK-MB en caso de sospecha de infarto agudo de miocardio o ángor inestable.
- Ecocardiografía, angiografía, gammagrafía, tomografía axial computerizada, broncoscopia.

El TEP es una patología frecuente con alta morbimortalidad, aunque su incidencia real es difícil de conocer por su gran variabilidad clínica, aumentando con la edad y en pacientes hospitalizados<sup>5</sup>. La ausencia de síntomas específicos para esta patología, además de su presentación silente que puede

**Tabla 2 – Escala de Wells modificada para embolia pulmonar.**

Criterio	Calificación
Signos y síntomas clínicos de enfermedad tromboembólica venosa	3.0
Embolia pulmonar como diagnóstico más probable	3.0
Frecuencia cardíaca > 130 latidos/minuto	1.5
Inmovilización o cirugía en las 4 semanas previas	1.5
Embolia pulmonar o enfermedad tromboembólica venosa previas	1.5
Hemoptisis	1.0
Cáncer	1.0
<b>Riesgo de embolia pulmonar de acuerdo al puntaje obtenido</b>	
< 2.0: Riesgo bajo	
2.0-6.0: Riesgo moderado	
> 6.0: Riesgo alto	

simular desde un síncope o muerte súbita, procesos infecciosos respiratorios, hasta escasos o incluso ningún síntoma, la convierte en una enfermedad de difícil diagnóstico.

Ante un paciente con disnea de aparición súbita inexplicable, taquipnea o dolor torácico de tipo pleurítico, se debe sospechar esta etiología, puesto que suelen ser los síntomas más frecuentes y favorecen el diagnóstico temprano, a pesar de su inespecificidad.

En algunos estudios se demuestra que hasta 59,7 % de pacientes con TEP no sospechado presentaron disnea en urgencias. La falta de sospecha en los servicios de urgencia da lugar a un alto índice de retraso en el diagnóstico<sup>6</sup>.

Puede ser útil aplicar la predicción clínica de Wells simplificada para el diagnóstico (Tabla 2). Sin embargo, en ocasiones hay ausencia de factores de riesgo desencadenantes; incluso, el paciente se presenta asintomático y la disnea es el síntoma por el que acude más frecuentemente. Es un proceso que muchas veces no sospechamos, por lo que debemos considerarlo siempre con una alta presunción<sup>7</sup>.

En pacientes jóvenes es posible que aparezca una presentación más leve y con una evolución diferente; es menos habitual la disnea o los signos clínicos de trombosis venosa profunda e incluso es más frecuente la presencia de ECG normal.

Es necesario no olvidar esta patología en el paciente joven, sobre todo en situación de riesgo y con datos sugestivos, puesto

que podríamos estar infradiagnosticando episodios que se muestran poco graves y con poca expresividad clínica<sup>8</sup>.

El objetivo de esta revisión, apoyada en un caso clínico, es concretar un abordaje sencillo del paciente con disnea aguda en atención primaria (AP); debemos recordar, una vez realizada la primera valoración, la posibilidad de TEP como causa.

Es sabido que la confirmación de esta patología precisa de pruebas complementarias específicas, de ámbito hospitalario; sin embargo, es importante destacar que en AP se cuenta con una posibilidad diagnóstica esencial, de importancia relevante: su sospecha clínica, base esencial del tratamiento adecuado de estos pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz-García AJ, Leruite-Martín I, Molina-Mora MJ, Cabrera-Bueno F. Protocolo diagnóstico de la disnea aguda. *Medicine*. 2009; 10: 2365-8.
- Plan andaluz de urgencias y emergencias. Protocolos de Urgencias y Emergencias más Frecuentes en el Adulto. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTurg/2009006.pdf>
- Protocolos clínico-terapéuticos. Disponible en: [http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Protocolos\\_clinico\\_terapeuticos.pdf](http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Protocolos_clinico_terapeuticos.pdf)
- Sáez Roca G. Valoración del paciente con disnea. Escalas de medición. Disponible en: <https://www.neumosur.net/files/EB03-23%20disnea.pdf>
- Heit JA, Melton LJ 3rd, Lohse CM, Petterson TM, Silverstein MD, Mohr DN, et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients' vs community residents. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76: 1102-10.
- Rodríguez Rodríguez P, De Miguel Díez J, Morán Caicedo LP, Juárez Morales MC, Jiménez García C, Jiménez Castro C. Tromboembolismo pulmonar no sospechado en el Servicio de Urgencias. *Rev Clin Esp*. 2012; 212: 165-71.
- Alba Tomé MR, Arenas Alcaraz JF, Paniagua Merchán MC, Linares Pardo A. Tromboembolismo pulmonar discordante. *Semerger*. 2012; 38: 49-52.
- Hernández Borge J, Alfageme Michavila I, Muñoz Méndez J, Escalante Aguilar R, Vargas Puerto A. Tromboembolismo pulmonar en adultos jóvenes. *Neumosur*. 1997; 9: 32-9.